

Hepático-gastrostomía guiada por eco endoscopia en obstrucción biliar maligna y gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux

Endoscopic ultrasound-guided hepaticogastrostomy for treatment of malignant biliary obstruction in patient with Roux-en-Y gastrectomy

Mariano Villarroel¹, Juan Ignacio Tellechea², Belen Duarte¹, Ezequiel Nazario¹, Ignacio Zubiaurre¹, Manuel Pérez-Miranda³

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

² Servicio de Gastroenterología, Institución Médica Profensa. Santa Rosa, La Pampa, Argentina.

³ Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España.

Recibido: 31/05/2020 - Aprobado: 29/06/2020

ORCID: Mariano Villarroel: [0000-0002-6228-6310](https://orcid.org/0000-0002-6228-6310); Juan Ignacio Tellechea: [0000-0002-1881-6441](https://orcid.org/0000-0002-1881-6441); Belen Duarte: [0000-0002-9254-2100](https://orcid.org/0000-0002-9254-2100);

Ezequiel Nazario: [0000-0002-6591-6103](https://orcid.org/0000-0002-6591-6103); Ignacio Zubiaurre: [0000-0001-8334-9934](https://orcid.org/0000-0001-8334-9934); Manuel Pérez-Miranda: [0000-0003-0744-220X](https://orcid.org/0000-0003-0744-220X)

RESUMEN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) representa el tratamiento de primera línea para el drenaje biliar en pacientes con obstrucción biliar maligna avanzada. Sin embargo, este procedimiento representa un desafío en pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente. El ultrasonido endoscópico (USE) permite la toma de muestras de tejido mediante punción aspiración con aguja fina y también representa una alternativa de drenaje biliar al abordaje percutáneo o quirúrgico. Nuestro objetivo es comunicar un caso en el que la ecoendoscopia permitió el diagnóstico definitivo de la recurrencia de la enfermedad oncológica de base y el alivio de la obstrucción biliar en un paciente con anatomía alterada quirúrgicamente.

Palabras clave: Ultrasonografía endoscópica; Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; Cáncer gástrico (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Endoscopic retrograde cholangiography with biliary stenting is the generally recognized optimal treatment of malignant biliary obstruction. This procedure, though, is challenging in patients with surgically altered anatomy. Endoscopic ultrasound (EUS) enables tissue sampling by means of fine-needle aspiration and also represents an alternative recourse for biliary drainage in preference to a percutaneous approach. We aimed to report a case in which EUS enabled a definitive diagnosis of the recurrence of oncologic disease and the relief of biliary obstruction in a patient with a surgically altered anatomy.

Keywords: Endoscopic ultrasonography; Cholangiopancreatography, endoscopic retrograde; Stomach neoplasms (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colocación de stent biliar es considerado el tratamiento de primera línea de la obstrucción biliar maligna (OBM). Sin embargo, en pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente (AAQ) la CPRE representa un desafío. En los últimos años, el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (EUS-BD) representa una alternativa de drenaje biliar al abordaje percutáneo o quirúrgico ⁽¹⁾. Nuestro objetivo es comunicar un caso de cáncer gástrico avanzado, tratado mediante gastrectomía subtotal y quimioterapia, en el que la ecoendoscopia permitió el diagnóstico histológico de recurrencia de la enfermedad oncológica de base y sirvió como vía de drenaje biliar luego de la imposibilidad de acceder a la papila mediante CPRE.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años, con antecedentes de cáncer gástrico tratado con gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux en junio de 2017 (T4 N1 M0) y quimioterapia (oxaliplatino y capecitabina). Un año después se realiza una tomografía computada de abdomen de control, que reveló linfadenopatías perihepáticas y periportales. Con el objetivo de obtener diagnóstico histológico, se realizó una ecoendoscopia lineal. Se observó linfadenopatías peri hepáticas que en la evaluación mediante elastografía cualitativa, mostraron un patrón predominantemente azul, sugestivo de malignidad. Se realizó una punción aspiración con aguja fina (EUS-FNA) utilizando una aguja de 22 gauge (Boston Scientific, Indiana, Estados Unidos) que reveló adenocarcinoma pobremente

Citar como: Villarroel M, Tellechea JI, Duarte B, Nazario E, Zubiaurre I, Pérez-Miranda M. Hepático-gastrostomía guiada por eco endoscopia en obstrucción biliar maligna y gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux. Rev Gastroenterol Peru. 2020;40(2):198-201

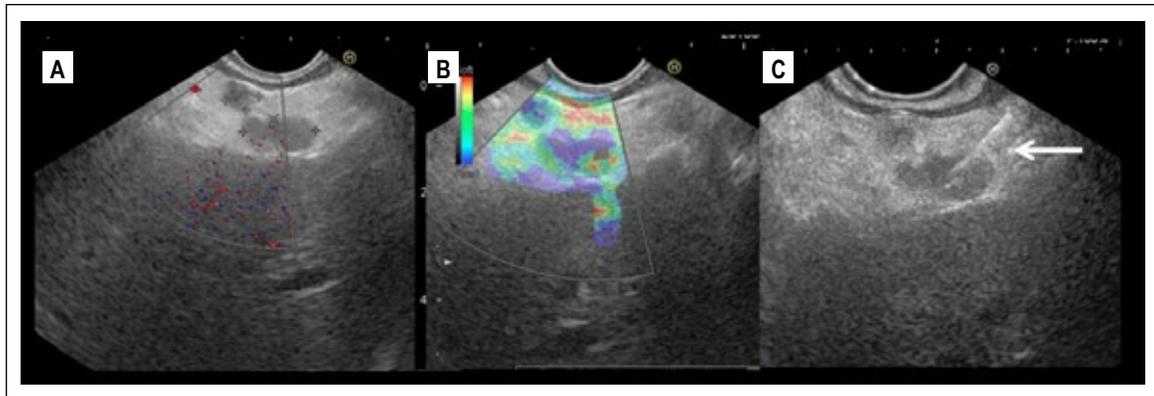


Figura 1. Ecoendoscopia para evaluación de linfadenopatías. A) Adyacentes al hígado, se observan dos adenopatías de 15x7 mm y 7x5 mm respectivamente. B) Evaluación por elastografía cualitativa, evidenciando patrón predominantemente azul. C) Flecha blanca mostrando el ingreso de la aguja de punción (22 gauge).

diferenciado, confirmando recaída de la enfermedad oncológica de base (Figura 1).

Dos meses después, ingresó en el hospital por ictericia, astenia y pérdida de peso. El laboratorio de ingreso evidenció: bilirrubina total 8,8 mg/dl y directa 6,8 mg/dl, TGO 204 UI/l y TGP 330 UI/l, fosfatasa alcalina 824 UI/l; hematocrito, glóbulos blancos, función renal, coagulograma con plaquetas y amilasa eran normales. Se realizó una resonancia magnética con contraste que objetivó dilatación de las vías biliares intrahepáticas con estenosis a nivel del colédoco distal (Figura 2).

En un primer intento de abordaje endoscópico, se realizó CPRE asistida por enteroscopia pero no fue posible encontrar la papila (Figura 3).

Debido a que el paciente rechazó el drenaje percutáneo, se le ofreció como alternativa un drenaje biliar ecoguiado, ya sea mediante colocación anterógrada de stent metálico (EUS-AS) o bien drenando hacia el estómago mediante hepático-gastrostomía (EUS-HGS). El paciente consintió el procedimiento propuesto.

Utilizando un ecoendoscopio lineal terapéutico (EG-3870 UTK, Pentax Corporation, Tokio, Japón) y un procesador de ultrasonido (Avius, Hitachi Medical Corporation, Tokio, Japón) se identificó a nivel del segmento III dilatación del hepático izquierdo (Figura 4).

Se realizó una punción ecoguiada de dicho conducto utilizando una aguja de 19 G (Boston Scientific, Indiana Estados Unidos). Se confirmó la correcta ubicación de la aguja mediante aspiración de bilis y posteriormente se inyectó contraste. El colangiograma evidenció dilatación de ambos hepáticos y colédoco proximal con estenosis marcada en su tercio distal. Se avanzó un alambre guía de 0,035 pulgadas por dentro de la aguja. Inicialmente, el objetivo era realizar una inserción anterógrada del stent, pero debido a que el alambre guía no logró avanzar hacia el duodeno, se introdujo un cystótomo 6 Fr sobre guía con el fin de dilatar el trayecto. Después de la dilatación, se insertó un stent metálico parcialmente cubierto de 10 x 80 mm (WallFlex™ Boston Scientific, Galway, Irlanda) el cual quedó adecuadamente posicionado y con buen drenaje de bilis y contraste hacia el estómago. Durante la inserción del stent, el alambre guía se desalojó del conducto mientras se ajustaba la posición

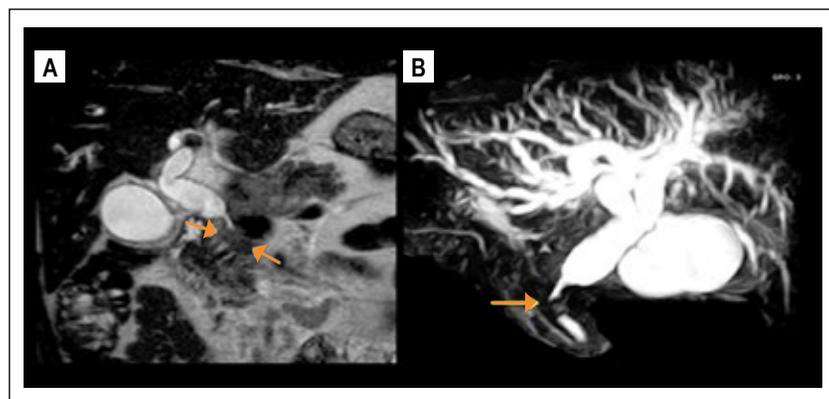


Figura 2. Resonancia Nuclear Magnética. En A y B se observa dilatación de vía biliar intra y extrahepática, con estenosis a nivel del colédoco distal (flechas blancas y amarilla).

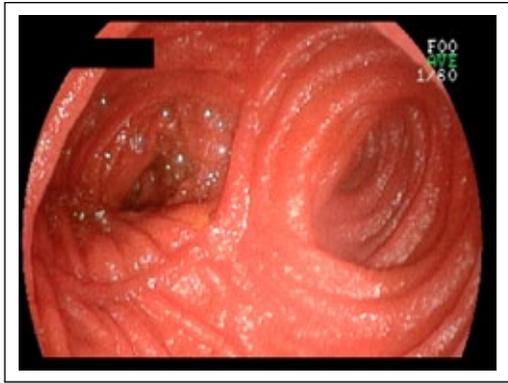


Figura 3. CPRE asistida por enteroscopia. Se observan ambas asas aferente y eferente, sin lograr identificar la papila.

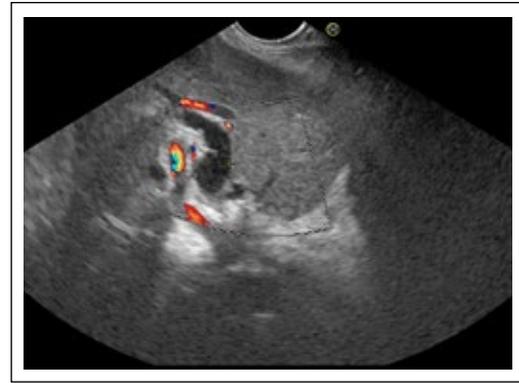


Figura 4. Ecoendoscopia. Se observa dilatación del conducto hepático izquierdo de 9,6 mm.

del ecoendoscopio, lo que motivó otra punción del conducto biliar. Esta secuencia se repitió y finalmente el stent se colocó con éxito utilizando la técnica de “liberación intracanal de stent”⁽⁷⁾ (Figura 5).

Después del procedimiento, el paciente presentó dolor, leucocitosis y neumoperitoneo. El cuadro clínico cedió posteriormente con tratamiento conservador (hidratación endovenosa, analgésicos, antibióticos y suspensión inicial de la ingesta oral con reinicio en forma progresiva). Se objetivó mejoría de la ictericia (disminución de la bilirrubina total de 8 a 1,3 mg/dL). Sin embargo, debido al mal pronóstico de su enfermedad oncológica avanzada se decidió en forma conjunta entre el equipo multidisciplinario y su familia continuar solo con tratamiento médico. El paciente falleció 3 semanas después debido a progresión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Los drenajes biliares guiados por ecoendoscopia se utilizan cada vez más para controlar la obstrucción biliar después de una CPRE fallida con una tasa de éxito técnico del 95%, 92% de éxito clínico, 23% de eventos adversos en general⁽²⁾. En comparación con la colédoco-duodenostomía ecoguiada, la EUS-HGS se usa con menos frecuencia^(2,3), lo que refleja un procedimiento de mayor dificultad. Sin embargo, el EUS-BD extrahepático no es posible en la reconstrucción en Y de Roux. De acuerdo con la experiencia reportada por Ardengh JC *et al.*⁽³⁾, la EUS-HG ofrece una buena opción para el drenaje biliar, especialmente cuando el alambre guía no avanza hacia el duodeno, como sucedió en nuestro procedimiento. Si bien existen reportes anteriores en América Latina^(4,5) nuestro caso de EUS-HGS es el primero reportado de

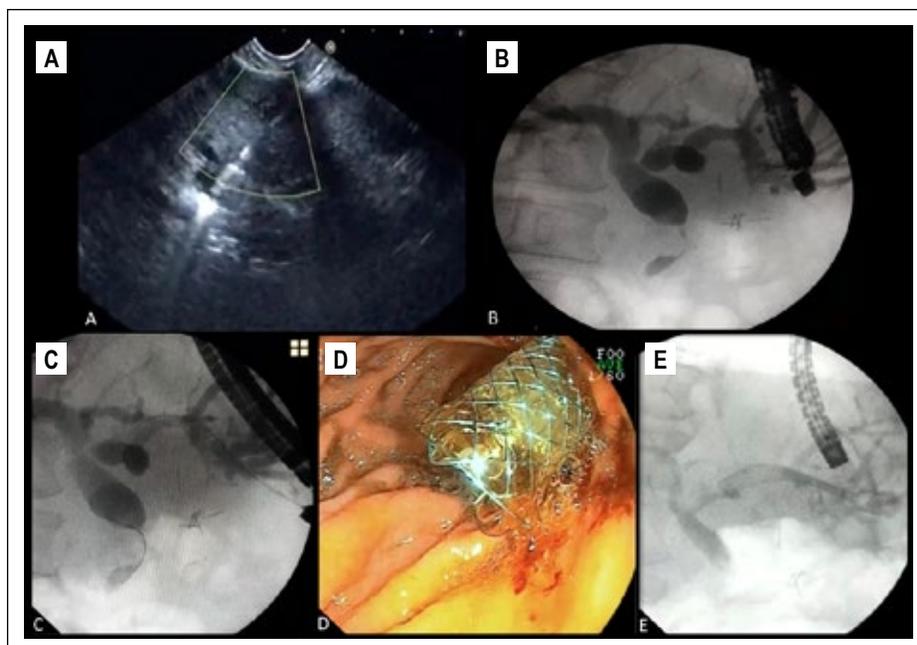


Figura 5. Hepatico-gastrostomía (HGS) Ecoguiada. A) Punción con aguja 19 G. B) Colangiograma evidencia dilatación de la vía biliar y estenosis del colédoco distal. C) Pasaje de alambre guía hacia distal. D) Imagen radiológica de stent metálico a través de la HGS. E) Imagen endoscópica del stent metálico liberado en el estómago.

Argentina, lo que atestigua la continua difusión de la técnica. Además, este caso es también el primero realizado de forma independiente por los autores luego de un periodo de formación en endoscopia avanzada, durante el cual generalmente la experiencia práctica se obtiene progresivamente ⁽⁶⁾. En el caso reportado aquí, el estudio detallado que incluyó EUS-FNA nos permitió hacer el diagnóstico histológico. Posteriormente la resonancia magnética demostró dilatación y estenosis de la vía biliar distal. Tras un primer intento fallido de CPRE asistida por enteroscopia, se continuó con el EUS-BD. El conocimiento de los detalles técnicos permitió sortear los obstáculos que en ocasiones pueden ocurrir en este tipo de procedimientos avanzados. La técnica de liberación de stent intracanal ⁽⁷⁾, en particular, ayudó a superar el desplazamiento del alambre guía, permitiendo asegurar la liberación adecuada del stent. En conclusión, la ecoendoscopia se ha convertido en una poderosa herramienta diagnóstica y terapéutica en el tratamiento de enfermedades biliopancreáticas, con un papel cada vez más importante en pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente. Estos procedimientos deben realizarse en centros con un adecuado manejo multidisciplinario.

Conflictos de intereses: Mariano Villarroel, MD: Consultor para Boston Scientific. Juan Ignacio Tellechea, MD: ninguno para declarar. Belén Duarte, MD: ninguno para declarar. Ezequiel Nazario, MD: ninguno para declarar. Ignacio Zubiaurre, MD: ninguno para declarar. Manuel Pérez-Miranda, MD, PhD: Consultor para Boston Scientific, Gore, M.I Tech. Speaker para Olympus y Boston Scientific.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jirapinyo P, Lee LS. Endoscopic Ultrasound-Guided Pancreatobiliary Endoscopy in Surgically Altered Anatomy. *Clin Endosc* 2016;49:515-529.
2. Wang K, Zhu J, Xing L, Wang Y, Jin Z, Li Z. Assessment of efficacy and safety of EUS-guided biliary drainage: a systematic review. *Gastrointest Endosc*. 2016;83:1218-27.
3. Ardengh JC, Lopes CV, Kemp R, Dos Santos JS. Different options of endosonography-guided biliary drainage after endoscopic retrograde cholangio-pancreatography failure. *World J Gastrointest Endosc*. 2018;10:99-108.
4. Ramírez-Luna MA, Téllez-Ávila FI, Giovannini M, Valdovinos-Andraca F, Guerrero-Hernández I, Herrera-Esquivel J. Endoscopic ultrasound-guided biliodigestive drainage is a good alternative in patients with unresectable cancer. *Endoscopy*. 2011;43(9):826-30.
5. Martins FP, Rossini LGB, Ferrari AP. Migration of a covered metallic stent following endoscopic ultrasound-guided hepaticogastrostomy: fatal complication. *Endoscopy* 2010;42:E126-E127.
6. Kahaleh M. Training the next generation of advanced endoscopists in EUS-guided biliary and pancreatic drainage: learning from master endoscopists. *Gastrointest Endosc*. 2013;78:638-41.
7. Paik WH, Park DH, Choi JH, Choi JH, Lee SS, Seo DW, et al. Simplified fistula dilation technique and modified stent deployment maneuver for EUS-guided hepaticogastrostomy. *World J Gastroenterol*. 2014;20(17):5051-9.

Correspondencia:

Mariano Villarroel
Hospital Británico. 74 Perdriel, (C1280 AEB) Buenos Aires,
Argentina.
villarroelmariano@gmail.com